

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

POUR

N°
748

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Misu MOISESCO

Né le 5 décembre 1907, à Bucarest (Roumanie)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LES KYSTES DE L'OVAIRE
DANS LEURS RAPPORTS
AVEC LA GESTATION, L'ACCOUCHEMENT
ET LES SUITES DE COUCHES

ÉTUDE DES OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE
DE 1924-1934

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Misu MOISESCO

Né le 5 décembre 1907, à Bucarest (Roumanie)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LES KYSTES DE L'OVAIRE
DANS LEURS RAPPORTS
AVEC LA GESTATION, L'ACCOUCHEMENT
ET LES SUITES DE COUCHES

ÉTUDE DES OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE
DE 1924-1934

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... G ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur)... Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique médicale.	ABRAMI.	Clinique obstétricale.	LE LORIER.
	AUBERTIN.		LEVY-SOLAL.
	BRULÉ.		METZGER.
	CHIRAY.	Clinique chirurgicale.	BASSET.
	DUVOIR.		CADENAT.
Clinique obstétricale.	HARVIER.		HEITZ-BOYER.
	LIAN.		MOCQUOT.
	ÉCALLE.		MOURE.
	GUÉNIOT.		SCHWARTZ.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

*Qu'ils trouvent ici l'expression de toute la
gratitude de leur fils reconnaissant.*

A MA FEMME

Témoignage de ma profonde tendresse.

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MA BELLE-SOEUR

A MON BEAU-FRÈRE

A M. LE DOCTEUR L. SÉBILLE

Ancien interne des Hôpitaux

*En témoignage de l'intérêt et de la grande
amitié qu'il nous a toujours montrés.*

A MON AMI M. BRANDMARK

Externe des Hôpitaux de Paris

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Hommage de ma profonde reconnais-
sance et de mon respectueux attachement.*

A M. LE DOCTEUR LACOMME

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

*Avec l'expression de notre gratitude pour
ses précieux conseils dans la rédaction de
cette thèse.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR F.-M. CADENAT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

*A qui je suis heureux de pouvoir renouve-
ler ici toute ma gratitude, pour son enseigne-
ment clinique qu'il nous a prodigué et dont
je lui demeure infiniment reconnaissant.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR F. WIDAL (*in memoriam*)
M. LE PROFESSEUR P. DELBET
M. LE DOCTEUR H. DUFOUR
M. LE DOCTEUR F.-M. CADENAT
M. LE DOCTEUR WEIL-HALLÉ

Externat :

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE
M. LE DOCTEUR F.-M. CADENAT
M. LE PROFESSEUR C. ACHARD
M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Que je prie de vouloir bien accepter l'expression de mes sentiments de reconnaissance pour l'éducation clinique que je leur dois.

LES KYSTES DE L'OVAIRE

DANS LEURS RAPPORTS
AVEC LA GESTATION, L'ACCOUCHEMENT
ET LES SUITES DE COUCHES

Introduction.

Bien que la question du kyste de l'ovaire au cours de la grossesse ait déjà fait l'objet de nombreux travaux, l'évolution de la chirurgie obstétricale a entraîné de nombreux remaniements du problème, notamment en ce qui concerne le traitement, tant au point de vue des indications, que de la conduite à tenir.

Il nous a semblé, après l'étude de bon nombre de travaux de ces dernières années, que le problème du traitement est déjà dans la bonne voie, c'est-à-dire la voie chirurgicale.

Nous avons en même temps remarqué le parallélisme qui s'établit entre les progrès du traitement chirurgical d'une part, et l'amélioration des statistiques quant au nombre des guérisons d'autre part.

Mais si la perfection de l'acte chirurgical est aujourd'hui un fait acquis, l'effort des accoucheurs tend actuellement à obtenir le plus grand nombre de conservations de grossesses et si possible de laisser à l'opérée la possibilité de gestations ultérieures.

Le grand nombre de publications témoignent d'ailleurs de l'intérêt que les accoucheurs continuent à porter à la question.

Il nous a semblé utile de dégager les données actuelles du problème, telles qu'elles ressortent de ces publications.

Grâce à l'obligeance de notre maître le professeur Couvelaire, nous avons pu apporter dans notre travail les observations sur les kystes de l'ovaire compliquant la gestation, recueillies à la Clinique Baudelocque de 1924 à 1934.

Nous nous proposons d'étudier au cours de notre travail, quels sont les rapports des kystes de l'ovaire avec la gestation pendant ses différentes phases et, le diagnostic étant posé, quelle est la conduite à tenir et quelles sont les techniques dont nous disposons.

Nous nous sommes arrêtés au début sur l'aspect physio-pathologique du problème que soulève le rôle de l'ovaire au cours de la gestation.

CHAPITRE I

Historique

Les kystes de l'ovaire compliquant la grossesse sont connus et étudiés depuis longtemps.

Il nous faut remonter au commencement du siècle pour rencontrer les premières observations concernant la coexistence de la grossesse et des kystes de l'ovaire.

De nombreux travaux ont paru à ce sujet et nous citerons surtout ceux de Barnes, Hirsch, Spencer Wells, Heilberg, Rémy, Olshausen.

Malgré les travaux de ces auteurs, la plupart d'entre eux ne s'occupent que de la question du siège de la tumeur et de la dystocie qu'elle peut créer au moment de l'accouchement ; c'est seulement depuis les travaux de Barnes que l'étude si importante de traitement a été envisagée.

Barnes disait : « il vaut mieux mettre d'abord un terme à la grossesse puis se laisser guider par les indications pour traiter la maladie ou la tumeur ».

D'autres auteurs comme Ashwell, Treille, Pastowsky soutenaient et défendaient l'opinion de Barnes.

Bien que l'ovariotomie ait été pratiquée pour la première fois en Amérique (1809), elle avait pour unique but la stérilisation de la femme et à aucun moment on ne la pratiquait comme moyen curatif.

L'ovariotomie au cours de la grossesse n'a été due qu'à l'insuffisance et souvent même à des erreurs de diagnostic : méconnaissance de la coexistence d'une grossesse avec un kyste de l'ovaire.

C'est ainsi que Burd, Sims, Spencer Wells, Atlee, Withusen, de qui l'on tient les premières ovariotomies au cours de la grossesse, ne s'aperçurent de celle-ci que lorsque l'incision faite ils se trouvèrent en présence d'un utérus gravide.

D'Amérique, l'ovariotomie au cours de la grossesse passa en Angleterre où Spencer Wells la pratiquait couramment et en 1858 ses succès répétés lui valaient une réputation mondiale.

Pendant ce temps, en France et en Allemagne les médecins se montrèrent plutôt abstentionnistes.

En France, la première ovariotomie fut faite avec succès par un médecin de campagne Voyerkousky de Quingey (Doubs) le 27 août 1844 ; mais la période de vulgarisation et de réussite ne commença qu'en 1862 avec Kœberlé (de Strasbourg).

Péan, jusqu'ici adversaire de l'ovariotomie, commença à la pratiquer, n'intervenant que dans le cas où il y avait des accidents.

Dès lors, plusieurs chirurgiens l'emploient, et en 1883 Cayla dans sa thèse nous donne les conclusions suivantes : 1^o l'ovariotomie peut être pratiquée

pendant la grossesse, sans que celle-ci soit interrompue ; 2^o elle sera proposée toutes les fois qu'il s'agira d'un kyste multiloculaire, d'un kyste contenant des matières colloïdes, ou d'un kyste dermoïde alors que la grossesse ou l'accouchement semblent devoir être entravés par sa présence.

Le nombre des succès opératoires augmentent et aussi bien en France qu'à l'étranger, l'ovariotomie au cours de la grossesse entre dans la pratique courante.

Rémy en 1886, dans sa thèse d'agrégation met au point la question : « Ainsi l'ovariotomie avec ses résultats heureux devait ouvrir des horizons nouveaux. Faite involontairement d'abord pendant la gestation, elle devait être de plus en plus acceptée au point d'arriver à être considérée comme le seul traitement d'une grossesse compliquée de kyste ovarique. »

Le diagnostic opératoire posé et admis par la plupart des chirurgiens, le problème de l'ovariotomie au cours de la grossesse était loin d'être résolu.

La proposition du Professeur Pinard « tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse doit être enlevé » n'était pas suffisante et des nombreuses discussions eurent lieu quant à la question du moment favorable de l'intervention.

Le problème n'était pas simple, et l'accord était loin d'être fait sur l'opportunité de l'intervention.

Au cours du Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, en 1913, Puech et Vanverts se sont

occupés de la question du kyste de l'ovaire compliquant la grossesse et l'ont rendue aussi complète que précise.

D'après les travaux des auteurs modernes Condamin, Brindeau, J.-L. Faure, Puech, Vanverts, Jeannin, Wallich et Mouchotte, Couvelaire, Delbet, il résulte qu'il faut intervenir d'une façon systématique à la première moitié de la gestation.

Tous les auteurs admettent avec Dsirne que le moment d'élection est entre le troisième et quatrième mois.

Si la grossesse a dépassé cinq mois, on doit se borner à l'expectation, afin d'éviter l'expulsion d'un fœtus non viable.

CHAPITRE II

Données physio-pathologiques.

Kyste de l'ovaire et fécondation.

Les tumeurs kystiques de l'ovaire prédisposent à la stérilité. Mais l'opinion des auteurs qui ont cherché à l'établir sur des statistiques, est assez variable :

D'après les statistiques de Winkel ou d'Olshausen, l'influence des kystes dans l'étiologie de la stérilité se chiffre à 30 % pour le premier et à 18 % pour le second.

Il est possible que lorsque les lésions intéressent les deux ovaires ou que tout le parenchyme ovarien est détruit, la stérilité soit en quelque sorte d'origine glandulaire. Mais l'explication n'est pas valable en cas de lésion unilatérale.

On pourrait admettre dans ce cas, que malgré le fonctionnement régulier de l'ovaire, la tumeur par son volume ou par sa situation, gêne le fonctionnement de la trompe et constitue un obstacle à la fécondation.

Une autre hypothèse tendrait à admettre que les troubles menstruels si fréquents au cours de ces

tumeurs ovariennes, et qui ne sont que l'expression d'une ovulation déficiente ou défectueuse, seraient la cause de cette infécondité.

De toute façon la tumeur est en cause, puisqu'il suffit souvent de l'enlever pour voir disparaître la stérilité (Pfannenstiel, Prochownick, Henrotoy).

Mais il est bien évident que si la tumeur ne trouble ni l'ovulation, ni l'évolution de la muqueuse utérine, la fécondation et la nidation de l'œuf restent possible.

Il faut ajouter d'ailleurs, qu'il suffit parfois d'une portion infime de parenchyme ovarien, pour que la grossesse soit possible.

Rôle du corps jaune.

Les travaux expérimentaux de Frankael et Cohn, Dubreuil et Regaud, Mulon, ont montré que le corps jaune, par sa sécrétion interne, exerce une influence importante sur la gestation.

Il prépare d'une part l'utérus à recevoir l'œuf fécondé et, d'autre part, il va conserver pendant un certain temps la muqueuse utérine dans un état de congestion indispensable au développement de l'œuf.

A vrai dire, les observations de la clinique humaine ne concordent pas très bien avec les expériences de laboratoire, mais il est à remarquer que l'expulsion du fœtus est plus fréquente dans l'ovariotomie double, où l'ablation du corps jaune est presque inévitable.

D'autre part, elle se produit le plus souvent dans

les deux premiers mois de la grossesse, époque où le corps jaune présente son maximum d'activité.

Il convient en effet d'ajouter, que l'action inhibitrice du corps jaune sur l'hémorragie de la muqueuse est renforcée par l'action même de l'œuf implanté.

Celui-ci, au fur et à mesure que la grossesse évolue, supplée peu à peu le corps jaune, dont l'influence décroît progressivement. Mais pendant assez longtemps l'action inhibitrice de l'œuf n'est pas suffisante pour empêcher l'hémorragie et l'avortement en résulte.

Fréquence des kystes de l'ovaire au cours de la gestation.

Sur près de 30.000 accouchements à la Clinique Baudelocque pour une période allant de 1924 à 1934, on enregistre 30 cas de kyste de l'ovaire au cours de la grossesse.

A la clinique de Berlin, Fehling enregistrait 20 cas sur près de 18.000 accouchements.

A la clinique Tarnier, nous trouvons 29 cas pour 26.555 accouchements.

Mais comme le fait remarquer le Professeur Forgue, si l'on prend la question par ses chiffres chirurgicaux, exprimant le nombre de grossesses observées au cours de longues séries de tumeurs ovariennes, on trouve une proportion de plus haute fréquence se rapprochant de 3 %.

Nature des kystes de l'ovaire.

Les kystes peuvent être divisés en kystes mucoïdes uni ou multiloculaires, et en kystes dermoïdes.

Les premiers, surtout fréquents entre 30-45 ans, siègent le plus souvent dans l'abdomen.

Les kystes uniloculaires sont bien limités et ont une surface lisse et régulière ; les kystes multiloculaires sont de consistance irrégulière avec des bosselures. Ils ont une tendance plus grande que les précédents à contracter des adhérences, principalement avec la paroi abdominale, l'épiploon et l'intestin grêle.

Les kystes dermoïdes sont généralement pelviens, se forment dans le jeune âge et dépassent rarement le volume d'une tête de fœtus à terme.

Les formations cartilagineuses et osseuses qu'ils contiennent, leur donnent une consistance variable suivant les endroits : molle ou indurée.

CHAPITRE III

Kyste de l'ovaire pendant la grossesse.

Influence des kystes de l'ovaire sur la gestation.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le kyste de l'ovaire peut être un obstacle à la fécondation même, mais cet obstacle franchi, le kyste aura très souvent une influence fâcheuse sur la marche de la grossesse.

Il faut dire d'ailleurs que si les complications sont nombreuses, elles sont loin d'être la règle.

Avortement. — Le kyste peut être incriminé comme cause d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Rémy dans sa thèse d'agrégation (1866), évalue à 23 % l'interruption de la grossesse compliquée de kyste. Cette statistique se trouve améliorée dans des publications plus récentes : Puech et Vanverts entre autres, donnent 12,5 %.

Dsirne, constatant la fréquence particulière de l'interruption au cinquième mois, l'attribue à la rétroflexion occasionnée par la tumeur.

L'utérus refoulé en arrière par le kyste et arrêté dans son développement, réagit en expulsant son contenu.

Mackeron insiste sur ce point, que l'avortement se produit non seulement dans le cas de tumeur volumineuse, mais aussi dans le cas de petites tumeurs. peut-être en raison de l'existence d'adhérences entre la tumeur et l'utérus.

D'après Schultze, la torsion de l'utérus provoquée par les tumeurs de l'ovaire serait une cause fréquente d'avortement et cet auteur rapporte plusieurs cas où la rotation était considérable.

De plus, si l'accouchement a lieu à terme, il a été constaté une conformation vicieuse de la tête, due à la pression exercée sur l'utérus par le kyste (Cas de Langlay cité par Rémy).

Mais sans aller jusqu'à l'avortement, le kyste, par son volume ou par sa situation, peut déterminer *un déplacement de l'utérus* (rétroversion, prolapsus), *une déformation utérine* (disposition de son fond en cupule, pour s'accommoder à la tumeur).

OBS. I (N^o 1546, année 1930). — Méline R..., 24 ans, I-pare, D. R. : 2 mars. Au mois d'avril on fait le diagnostic de grossesse et on trouve en plus une petite masse dans le cul-de-sac postérieur.

La femme accuse des douleurs dans les jambes, des mictions fréquentes et de la constipation. Aucune douleur abdominale.

Le 16 juin, on trouve un utérus gravide de 3 mois environ et une masse arrondie dans le cul-de-sac postérieur,

grosse comme un gros poing, nettement séparée par un sillon du col de l'utérus ; masse où l'on sent par endroit des irrégularités.

Le 26 juin, intervention facile et rapide, l'utérus n'est qu'effleuré pendant qu'on extériorise la masse kystique annexielle droite, grosse comme un petit poing, sans adhérences ni torsion pédiculaire ; ablation de la masse : kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Le 16 juillet, après 4 mois environ depuis le début de la gestation : expulsion spontanée d'un fœtus de 230 gr.

Délivrance et suites de couches normales.

Compression. — Le kyste peut comprimer l'utérus gravide. Quand le kyste descend dans l'excavation, son influence sur le développement de la gestation est minime.

Mais s'il remonte, il peut se produire une surdistension de la paroi abdominale avec phénomènes douloureux, troubles urinaires, crises d'étouffements, atteinte de l'état général.

Dans certains cas, la compression porte sur les vaisseaux iliaques, d'où œdème des jambes, varices, hémorroïdes, douleurs.

Obs. II (N° 812, année 1924). — Renée M..., 33 ans, II-pare, subit une laparotomie exploratrice en juillet 1923 pour une tumeur du ligament large droit. La tumeur qu'on pense de nature bacillaire est laissée en place.

D. R. : du 26 au 29 août 1923 ; en novembre 1923, la tumeur paraissait extériorisée et on conseille d'intervenir 3-4 mois plus tard.

La femme cache sa gestation au début.

A terme, la femme se plaint de *ne pas pouvoir uriner*. Elle présente des varices et des hémorroïdes.

On trouve un siège non engagé ; H. U. : 40 cm. col à dilatation grande paume, poche des eaux saillante. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une masse molle et irrégulière, qui la comble entièrement.

Au toucher rectal, la tumeur qui bombe paraît du volume d'un gros poing.

Intervention : laparotomie médiane, césarienne conservatrice, extraction d'un garçon vivant. On extériorise la tumeur et on constate que le kyste de l'ovaire gauche présente des adhérences lâches avec l'intestin, qu'on libère facilement.

Ablation de la tumeur, ligature du pédicule avec fermeture en 3 plans.

L'examen macroscopique de la pièce montre une masse assez régulière, arrondie, de coloration rouge vif, de consistance molle, fluctuante et égale dans toute son étendue.

Le volume est celui d'une tête de fœtus.

Bonnes suites opératoires.

Kyste de l'ovaire et gestation molaire. — La dégénérescence kystique des ovaires peut favoriser l'apparition d'une môle hydatiforme ; on a d'ailleurs constaté dans 60 % des cas de môle, des kystes le plus souvent bilatéraux à plusieurs loges, assez peu volumineux et contenant de la lutéine.

A ce sujet, nous apportons l'observation suivante :

OBS. III (N° 1819 *bis*, année 1927). — Angélique R..., III-pare de 38 ans. Antécédents sans intérêt.

D. R. normales du 21-24 mai.

Le 24 juin, pertes de sang durant une journée. Du 24 juillet au 10 août, réapparition des pertes sanguines peu abondantes mais quotidiennes avec expulsion d'un petit caillot.

Du 26 août au 8 septembre (examen à la clinique), nouvelles pertes sanguines. Pendant ce temps l'utérus augmente rapidement de volume.

Examen : Au palper on trouve une masse globuleuse médiane, régulière, remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, se contractant facilement. On ne perçoit pas les parties fœtales. Dans la fosse iliaque gauche existe une masse arrondie, séparée de l'utérus par un sillon de 2 travers de doigt, ne se contractant pas avec l'utérus.

Son volume est difficile à apprécier, car cette masse est très fuyante (volume d'une orange), elle semble être une tumeur pédiculée.

Le toucher vaginal montre le col très haut, plaqué contre la S. P., dévié à gauche ; le cul-de-sac postérieur est comblé par une grosse masse débordant dans le cul-de-sac droit, de consistance molle, séparée de l'utérus par un sillon profond.

Le diagnostic est incertain et on pense à une tumeur kystique et fibrome pédiculé de l'utérus.

Intervention le 10 septembre 1927.

Anesthésie à l'éther.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. On se trouve en présence d'un utérus gravide de 5 mois environ.

Dans la fosse iliaque gauche, on trouve un kyste de l'ovaire multiloculaire de la grosseur d'une grosse orange. Ligature du pédicule et extirpation du kyste.

Extériorisation de l'utérus ; dans le cul-de-sac de Douglas : gros kyste multiloculaire de l'ovaire droit, moins volumineux que le premier. Ligature du pédicule et extirpation du kyste. Réintégration de l'utérus gravide. Fermeture de la paroi en 3 plans. Malgré l'injection de 2 cgr. de morphine, la femme a expulsé dans la nuit qui suit l'intervention une môle hydatiforme de 410 gr. environ.

Le 14 septembre au T. V., on sent de nombreux débris dans le col.

Le curage suivi de curetage, ramène une assez grosse quantité de placenta (45 gr.), peu de vésicules, une caduque très épaissie et fétide.

Le 16 septembre, phlébite du membre inférieur droit.

Le 21 septembre, phlébite du membre inférieur gauche.

Sortie guérie le 26 novembre 1927.

Kyste de l'ovaire et grossesse extra-utérine. —

D'après Martin, le kyste de l'ovaire prédispose à la grossesse extra-utérine ; nous en avons recueilli une observation concernant un kyste de l'ovaire gauche tordu, avec une grossesse extra-utérine au troisième mois de la gestation.

OBS. IV (N° 2397, année 1926). — Lucienne L..., 27 ans, II-pare. Depuis le début de la grossesse la femme se plaint de douleurs abdominales très intenses, qui entraînent un examen pelvien approfondi.

On perçoit alors une masse péri-utérine gauche, pour laquelle le diagnostic envisagé fut celui de kyste ovarien et gestation extra-utérine.

Laparotomie d'urgence le 6 juillet 1926 : kyste de l'ovaire gauche tordu deux fois, du volume d'une tête

foetale, siégeant très haut dans le flanc gauche ; utérus gravide de 3 mois, dévié à droite.

Extirpation du kyste, après section du pédicule qu'on enfouit.

Depuis cette intervention, la femme a cessé de souffrir ; le reste de la gestation s'est poursuivi normalement.

Un mois et demi après, présence d'albumine.

Le 22 octobre 1926, absence de mouvements foetaux, montée laiteuse, céphalée tenace.

Examen : rétention foetale, gros hématome rétro-placentaire qui se détache et montre un caillot rouge vif avec nombreux infarctus noirâtres.

Suite de couches normales.

Influence de la gestation sur les kystes de l'ovaire.

Le kyste de l'ovaire a sa pathologie propre. Mais l'action de la gestation sur la production des accidents du côté du kyste est bien évidente le plus souvent.

A leur tour ces accidents retentissent sur la grossesse.

Développement du kyste. — Il est admis que dans la majorité des cas, le kyste de l'ovaire subit une impulsion du fait de la grossesse.

Spencer Wells, Olshausen, ont très bien soutenu cette théorie, qui est par contre combattue par des gynécologues comme Heiberg, Péan, Schroeder.

D'autre part, les kystes mucoïdes semblent plus influencés dans ce développement que les dermoïdes.

OBS. V (N° 1077, année 1924). — Jeanne B..., 28 ans, I-pare. La femme n'ayant plus ses règles, consulte plusieurs fois un médecin qui fait le diagnostic de kyste de l'ovaire. A un dernier examen on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire et gestation.

A son entrée à la Clinique Baudelocque son abdomen est très étalé, la paroi mince ; au niveau de l'ombilic : un sillon oblique de haut en bas et de gauche à droite, donnant l'impression de séparer 2 masses : 1° l'utérus remontant jusqu'à l'ombilic environ, avec une corne utérine gauche très développée et remontant dans le flanc gauche. Dans son ensemble il paraît correspondre à une gestation de 7 mois 1/2. H. U. : 28 cm., l'utérus est asymétriquement développé au profit de sa corne gauche ; tête engagée, dos à gauche, bruits du cœur perçus ; 2° au-dessus de l'utérus on sent une masse extrêmement molle, à contours imprécis, venant recouvrir une partie du fond utérin.

Cette masse est fluctuante, mate à la percussion.

On fait le diagnostic de kyste ovarien très volumineux et peu tordu.

La femme n'a jamais accusé de symptômes douloureux ni de contracture.

Le 7 juillet 1924, la femme perd les eaux, col effacé, dilatation lenticulaire ; on décide d'intervenir.

Césarienne conservatrice avec ovariectomie. Laparotomie médiane qui montre d'emblée un volumineux kyste de l'ovaire.

Extériorisation du kyste, pendant l'ablation une poche

se rompt et il s'écoule environ un demi-litre de liquide séreux.

Ligature du pédicule, ablation du kyste, césarienne, hystérotomie médiane ; extraction d'un enfant vivant pesant 3.180 gr.

Fermeture de la paroi abdominale en 3 plans.

Examen de la pièce : kyste mucoïde multiloculaire et pesant 4.700 gr.

Suites opératoires fébriles, sortie en bon état le 23 août 1924.

Torsion du pédicule. — Complication grave, la torsion du pédicule constitue le principal danger au cours de la gestation compliquée de kyste de l'ovaire. Déjà fréquente en dehors de l'état gravidique, cet état la rend encore plus menaçante.

On peut dire sans se tromper, que cette complication a été pour beaucoup dans la systématisation de l'intervention chirurgicale.

Sur 18 cas de torsion, Rémy l'a constaté deux fois chez les femmes enceintes et sept fois en dehors de la grossesse.

Loehlein donne une proportion de 8 % comme moyenne de la fréquence de cette complication concomitante.

L'accident serait plus fréquent du deuxième au quatrième mois de la grossesse, pour devenir progressivement plus rare jusqu'à la fin.

Thornton a mis en relief la fréquence de la torsion chez la multipare, fréquence favorisée par le relâchement de la sangle abdominale. La torsion peut être

encore favorisée par les traumatismes, les changements de position trop brusques.

Enfin on a incriminé la position du kyste.

En cas de torsion complète, le début est brutal par des douleurs très vives et les signes péritonaux dominent rapidement; le faciès est grippé, le ventre est ballonné, l'examen approfondi n'est possible que sous anesthésie.

Il faut intervenir.

A l'occasion de la torsion on a signalé la dilatation atonique de l'estomac, la néphrite, l'ictère, des modifications de la respiration attribuées à une intoxication par résorption d'éléments gangrénés.

Dans les torsions incomplètes ou progressives on observe quelques douleurs et des signes moins bruyants.

Hémorragie intrakystique. — Elle se produit souvent à la suite d'une torsion du pédicule ou d'un commencement de torsion seulement. Dans certains cas elle a pu entraîner le sphacèle du kyste.

OBS. VI (N° 232, année 1925). — Morille M..., 33 ans, IX-pare. D. R. : 18 août 1925.

Le 12 décembre, se rendant à son travail, la femme ressent des douleurs dans la région lombaire gauche; les jours suivants ces douleurs s'accroissent et s'accompagnent de pertes de sang rouge.

A son entrée à la Clinique Baudeloque, le ventre est ballonné, il y a un peu de contracture à gauche; la fosse

iliaque droite n'est pas douloureuse, pouls à 100, pas de T°.

Le fait dominant était un météorisme assez grand qui empêchait de délimiter le fond utérin. On ne perçoit aucune contraction péristaltique sous la paroi, la palpation est douloureuse.

Le col est entr'ouvert, le doigt ramène du sang, l'utérus n'est pas dur, les bruits du cœur sont normaux.

Petit à petit la température s'élève légèrement, mais sans altération de l'état général.

Par la percussion il semble qu'on détermine le fond utérin au niveau de l'ombilic.

A gauche, une zone de matité occupe la fosse iliaque et où on trouve une masse qui paraît assez grosse.

On pense à la torsion d'un kyste de l'ovaire et on décide l'intervention.

Laparatomie sus et sous-ombilicale ; après avoir refoulé les anses météorisées, on perçoit un kyste volumineux à gauche.

On ponctionne le kyste d'où s'écoule un liquide sanglant 2.120 gr.

Le kyste, tordu trois fois sur son pédicule, est extirpé facilement. La torsion a porté sur le pédicule utéro-ovarien.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Le lendemain soir, après avoir perdu du sang dans la matinée, le cordon infiltré est apparu à la vulve.

Le col est souple et perméable à deux doigts. En présence des signes d'infection ovulaire commençante, on extrait l'enfant, un membre apparaissant dans l'orifice cervical.

Délivrance par curetage, écouvillonnage de la cavité utérine.

Bonne suites de couches, fébriles au début.

Rupture du kyste. — Accident redoutable, la rupture peut se voir aussi bien pendant la grossesse qu'en dehors de l'état gravidique. Mais on peut considérer la grossesse comme cause prédisposante.

Puech et Vanverts ont trouvé une fréquence de 2 % en dehors de la grossesse et de 3 1/2 % au cours de celle-ci.

Elle peut avoir lieu dès les premiers mois de la grossesse. Spencer Wells a vu des ruptures au troisième, cinquième, sixième mois.

Ses causes en sont multiples : fatigue, marche, traumatisme.

La rupture pourra être intra ou extra-péritonéale ; le plus souvent la péritonite est la conséquence de l'épanchement du contenu kystique dans la cavité péritonéale.

La rupture peut se faire dans le rectum, dans l'intestin, dans la vessie ou dans le vagin.

Notons enfin que la mortalité de cet accident est de 45-50 % d'après tous les auteurs.

Suppuration du kyste. — Sous l'influence d'une contusion, d'une rupture, d'une torsion de pédicule, le kyste peut s'enflammer et suppurer.

La suppuration peut encore survenir après ponction faite dans des mauvaises conditions d'asepsie ou

spontanément sous l'influence gravidique seule; elle aboutit d'ailleurs à la péritonite localisée ou généralisée.

OBS. VII (N° 773, année 1924). — Henriette O..., 21 ans, III-pare, opérée au début de cette gestation pour kyste de l'ovaire gauche transformé en une poche purulente de la dimension d'un œuf de poule.

L'examen histologique montre un corps jaune suppuré à côté d'un corps jaune sain.

La grossesse a bien continué, accouchement à terme avec enfant vivant.

Dégénérescence maligne. — Il est certain que toutes les variétés de kyste de l'ovaire peuvent présenter une évolution maligne; mais il n'est pas prouvé que cette transformation soit imputable à l'état de gestation.

Elle n'est d'ailleurs pas plus fréquente pendant la grossesse qu'en dehors de celle-ci.

CHAPITRE IV

Kyste de l'ovaire pendant l'accouchement, la délivrance et les suites de couches.

Accouchement. — Malgré la présence d'un kyste atteignant parfois des dimensions considérables, il n'est pas impossible de mener à terme la grossesse, sans que des complications intercurrentes soient survenues.

Mais à ce moment la grossesse sera presque fatalement dystocique, surtout si le kyste n'est pas strictement abdominal.

Puech et Vanverts signalent la dystocie 262 fois sur 278 cas !

Cette statistique nous paraît cependant excessive, ce sont surtout les kystes pelviens de moyen volume, ceux qui sont adhérents ou inclus, qui sont surtout cause de dystocie ; alors que les grands kystes abandonnant le bassin et gagnant l'abdomen, laissent libre la voie au fœtus et que les petits kystes n'apportent guère d'entrave à son passage.

Nous citerons à ce sujet la formule proposée par Rémy dans sa thèse d'agrégation (1866) : kystes abdominaux, malaises et accidents pendant la gros-

sesse ; kystes intrapelviens, accidents pendant l'accouchement.

Nous reconnaissons d'ailleurs que toutes ces notions sont un peu théoriques.

En pratique la présence du kyste pelvien pendant le travail paraît très rare, grâce aux indications opératoires préalablement posées.

C'est ainsi que dans une statistique de Berlin on n'a trouvé que 5 cas sur 17832 accouchements.

Pour exceptionnelle qu'elle soit, cette éventualité n'en est pas moins grave.

C'est dans ces cas de kyste prævia que se rencontrent des complications redoutables, telles que la rupture utérine, la rupture du plancher périnéal par la tumeur sous la pression fœtale et l'issue possible du kyste, soit par la vulve après déchirure de l'insertion vaginale postérieure, soit par l'anus au travers d'une perforation rectale.

OBS. VIII (N^o 1907, année 1927). — Kuric H..., ? pare, 26 ans.

Antécédents inconnus. La femme entre à la clinique avec le diagnostic de kyste prævien.

La sage-femme aurait constaté au cours du travail une tumeur dans le Douglas, qui empêchait l'engagement de la tête.

A son entrée, on trouve une tête mobilisable, refoulée vers la droite. Membranes rompues depuis 1/2 heure environ, tête au D. S.

On sent dans le Douglas et comblant légèrement le cul-de-sac gauche une masse rénitente, peu tendue. En

raison des touchers répétés on décide de faire une césarienne basse, avec extirpation du kyste.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, incision du segment inférieur de l'utérus, extraction sans difficulté d'un enfant vivant mais endormi pesant 3.640 gr.

Délivrance : hémorragie non inquiétante.

Suture interne en 2 plans.

Extériorisation de l'utérus qui permet l'exploration du kyste : il s'agit d'un kyste séreux simple de l'ovaire droit et de la grosseur du poing.

Ligature du pédicule, extirpation du kyste, enfouissement du pédicule.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Les présentations vicieuses seront également à redouter et il n'est pas rare que la compression intense du kyste entre la paroi pelvienne et la tête fœtale entraîne sa rupture.

Délivrance. — Les accidents dus au kyste de l'ovaire pendant la délivrance sont tout à fait exceptionnels. La délivrance ne saurait être troublée que par la déviation de l'utérus du fait de la tumeur.

Suites de couches. — Au point de vue des suites de couches, la présence d'une grosse tumeur au détroit supérieur, pourra retarder l'involution utérine. D'autre part il suffit de la plus légère infection pour provoquer une complication grave, la suppuration du kyste.

Mais, que la péritonite aiguë soit d'origine puerpé-

rale ou provienne de la présence du kyste de l'ovaire suppuré, la laparotomie exploratrice doit être pratiquée de façon systématique.

Du fait de la diminution brusque du volume du contenu de l'abdomen après l'accouchement, le kyste, particulièrement le kyste abdominal, est exposé à la torsion et peut même se rompre.

On a enfin cité des cas d'augmentation rapide du volume du kyste, pendant les suites de couches.

CHAPITRE V

Pronostic.

Comme nous venons de le voir au cours des précédents chapitres, la présence d'un kyste de l'ovaire constitue pour la gestation une complication sérieuse par soi même et surtout par des complications engendrées. (Voir à ce sujet les observations : n^{os} 812, 1077, 773, de l'année 1924 ; n^o 232 année 1925 ; n^o 1546 année 1930).

Mais les accidents tels que nous les avons décrits dans les chapitres précédents, supposaient une évolution spontanée dans les rapports du kyste avec la grossesse, sans l'intervention de l'accoucheur ou du chirurgien.

Dans le chapitre suivant, nous montrerons ce que devient le pronostic, lorsqu'un clinicien averti a posé des indications thérapeutiques précises. Avant que le problème de la coexistence du kyste et de la gravidité soit devenu un problème essentiellement chirurgical, le pronostic était très réservé, car les interventions étaient réduites au minimum : refoulement, ponction, qui souvent d'ailleurs ne faisait qu'entraîner une infection suivie de péritonite.

A ce sujet les statistiques des anciens auteurs sont très démonstratives.

Les statistiques de Rémy (1866), Heiberg, Hirsch donnaient de chiffres de 30-40 % de mortalité maternelle et de 40-60 % de mortalité pour les enfants. Depuis que l'ovariotomie est entrée dans la pratique courante, la mortalité a baissé d'une façon considérable.

La statistique de Puech et Vanverts donne une mortalité maternelle de 6 % et une mortalité fœtale de 23 %.

Cette statistique date d'ailleurs de 1913 et les chiffres ont encore été améliorés depuis.

Pour notre part, on trouve dans les 30 observations que nous avons recueillies à la Clinique Baudelocque de 1924-1934 les résultats suivants : La mortalité est nulle en ce qui concerne la mère opérée pendant la grossesse et l'accouchement ; quant à la mortalité fœtale, elle se chiffre à un seul décès de 2 jumeaux chez une femme ayant présenté des vomissements incoercibles au début de la grossesse et opérée pour un kyste de l'ovaire vers le septième mois. (Obs. n° XXVI, 1085 année 1924).

CHAPITRE VI

Diagnostic

Diagnostic pendant la gestation.

a) *La grossesse coexiste avec un kyste abdominal.* — On distinguera l'utérus gravide de la tumeur par les contractions, qu'on sent par intervalle sous la main.

Dans l'intervalle des contractions on tâchera de reconnaître le fœtus et sa position, d'ausculter son cœur.

La tumeur kystique elle, ne présente pas de contractions intermittentes ; sa reconnaissance est généralement facile. On a pu cependant confondre le kyste avec un *fibrome utérin sous-péritonéal*, compliquant la grossesse.

On peut même voir la coexistence de kyste et fibrome pendant la grossesse.

Un rein flottant atteint d'hydronéphrose a pu donner quelques fois l'impression d'un kyste de l'ovaire. Quant au *kyste hydatique du foie* et au *kyste du mésentère*, ils prêtent difficilement aux confusions.

Quelquefois le kyste occupant dans l'abdomen la place prépondérante, masque l'utérus gravide. Il

faudra alors rechercher avec soins les signes de probabilité de la grossesse.

Enfin, l'utérus peut attirer à lui toute l'attention, les caractères du kyste passant au second plan. On pourra croire à une *grossesse compliquée d'ascite et à un hydramnios* ; cette dernière confusion étant plus difficile à éviter.

b) *La grossesse coexiste avec un kyste pelvien.* — Dans ce cas l'idéal est de faire un diagnostic précoce, car au moment de l'accouchement la dystocie est de règle et l'obstacle rarement franchissable.

Malheureusement ces tumeurs n'attirent l'attention que vers la fin de la grossesse ou même en plein travail.

S'il s'agit d'une femme qui vient consulter après un arrêt de règles de deux à trois mois pour avoir la certitude de sa grossesse, l'examen minutieux pratiqué à cette occasion permettra de reconnaître la coexistence du kyste pelvien, qu'il faudra savoir différencier d'un *fibrome pédiculé de l'utérus*, d'un *hydro-salpinx*, d'une *salpingite tuberculeuse* ou d'une *grossesse tubaire*.

Le diagnostic devient plus délicat si la tumeur n'est pas bien distincte de l'utérus.

Les erreurs à éviter dans ce cas sont : *l'utérus gravide en rétroflexion fixe*, *le fibrome développé aux dépens de la face postérieure d'un utérus gravide*, *le kyste du ligament large*.

Diagnostic pendant le travail.

On se trouve alors en présence d'un cas de dystocie. Il faudra se rendre compte de l'origine maternelle de la dystocie, reconnaître la présence de la tumeur et définir sa nature.

L'examen attentif du fœtus permet d'éliminer les causes de dystocie fœtale.

Pour reconnaître la tumeur, il est nécessaire de pratiquer un toucher extrêmement soigneux, pour éviter la confusion avec un *rétrécissement rachitique du bassin* ou une *tumeur stercorale* faisant saillie dans le canal vaginal.

Une autre erreur consiste à prendre cette tumeur pour une présentation fœtale.

La nature kystique de la tumeur n'est pas toujours facile à affirmer. On se base sur sa consistance fluctuante ou pâteuse qu'elle présente dans l'intervalle des contractions. Mais le diagnostic reste difficile d'avec un *fibrome du segment inférieur*, une *tumeur solide de l'ovaire*, les *tumeurs du bassin* (enchondromes, ostéosarcomes).

Diagnostic après l'accouchement.

Un examen fait après la délivrance, permet quelquefois de dévoiler l'existence d'un kyste rendu auparavant inaccessible par le voisinage d'un utérus volumineux.

Diagnostic des principales complications.

Le diagnostic des complications survenant au cours de la coexistence de kyste et grossesse se posera dans des conditions différentes, suivant que cette coexistence est connue ou méconnue.

I. — En effet, le diagnostic sera relativement aisé si la malade était déjà vue antérieurement et le kyste déjà diagnostiqué.

Dans ce cas, le début brusque des accidents avec des phénomènes douloureux violents, des vomissements, l'état syncopal, la contracture de l'abdomen ou bien sa distension par le météorisme, indiqueront tout de suite une réaction péritonéale aiguë, dont on n'aura aucune peine à attribuer l'origine soit au kyste, soit à l'utérus gravide.

a) Les accidents ont lieu pendant la gestation. — Dans les premiers mois de la grossesse on doit penser tout d'abord à l'hématocèle rétro-utérine et passer en revue toute la symptomatologie que peut entraîner cet accident.

Il faudra se méfier également de l'hémorragie intrakystique, de la torsion et la thrombose du pédicule kystique ; enfin le sphacèle ou la suppuration du kyste.

Ces accidents peuvent se voir également au cours des derniers mois de la gestation, mais à cette époque une autre complication peut se voir : l'occlusion

intestinale due à la compression par un kyste volumineux.

b) *Les accidents ont lieu pendant le travail.* — En présence d'une malade porteuse d'un kyste ovarique et qui présente des signes de choc péritonéal s'étant déclarés après le début du travail, on doit penser à deux complications principales : *la rupture du kyste et la rupture utérine* qui peut être la plus grave de toutes les complications et dont la mortalité foetale et maternelle est très élevée.

II. — Si l'accoucheur voit la malade pour la première fois en pleine crise, le diagnostic est le plus souvent extrêmement difficile. On est en présence d'une péritonite dont il faudra trouver l'origine. Même si la notion de grossesse nous est donnée, le diagnostic du kyste reste à faire et la confusion avec une rupture de grossesse tubaire ou avec un fibrome pédiculé, est souvent excusable.

Par contre, vers la fin de la grossesse, il y a de grandes chances pour qu'une tumeur abdominale associée à l'utérus gravide soit un kyste de l'ovaire.

Pendant l'accouchement, la complication à redouter par-dessus tout, reste la rupture utérine. Pendant les suites de couches enfin, que la péritonite aiguë soit d'origine puerpérale ou provienne de la présence du kyste de l'ovaire, la laparatomie exploratrice doit être pratiquée de façon systématique.

CHAPITRE VII

Traitement.

Nous avons vu que le kyste de l'ovaire chez la femme enceinte est cause de nombreuses complications dont quelques-unes très graves.

Ces complications sont pour la plupart les mêmes que celles qu'on voit en cas isolés de kystes.

Mais presque toujours elles sont plus menaçantes en cas de gravidité concomitante.

Ce facteur augmente également la gravité de la décision à prendre, car deux intérêts sont en jeu : la vie de la mère et la conservation du fœtus.

Pendant bien longtemps ces deux intérêts ont paru contradictoires et, dans l'historique que nous avons donné au début de ce travail, on s'aperçoit des difficultés qui ont précédé l'adoption du traitement chirurgical du kyste chez la femme enceinte.

Certains auteurs, Barnes, Treille, Marx, n'hésitaient pas à sacrifier l'enfant pour sauver la mère.

Mais les recherches les plus récentes, guidées par le principe qu'il faut conserver la vie du fœtus aussi bien que celle de la mère, ont abouti à la solution véritable : toute intervention sur l'utérus gravide pendant la

gestation, est contraire aux intérêts de la mère et de l'enfant.

En effet, non seulement l'avortement provoqué sacrifie l'enfant, mais encore il ne garantit pas la mère contre les accidents venant du kyste.

Pourrait-on espérer alors de voir les grossesses compliquées de kyste aboutir à l'accouchement normal ?

Nous avons vu en étudiant le pronostic, ce que peut coûter de laisser les choses évoluer spontanément.

Les différences entre les chiffres des statistiques sans intervention et avec intervention sont trop démonstratives pour que nous nous y arrêtions plus longtemps.

C'est donc à la tumeur qu'il faut s'attaquer, son ablation constitue le traitement de choix.

Mais un autre aspect du problème nous apparaît alors : c'est le choix du moment et des moyens de l'intervention.

Traitement pendant la gestation.

La proposition désormais classique de Pinard : *Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse doit être opéré*, sera le principe conducteur de tout le traitement.

L'intervention ainsi admise sera plus ou moins immédiate, suivant que le kyste est abdominal ou pelvien, suivant que la gestation est au début ou à la

fin, enfin, suivant qu'il existe ou non des complications.

La plupart des statistiques (Dsirne, Brindeau, Audebert, Karl Heil), montrent pour ce qui est du pronostic foetal des ovariectomies, que l'interruption de la grossesse au cours des quatre premiers mois est d'environ 10 %, elle est de 60 % au septième mois, de 40 % au huitième mois.

Donc, pour avoir le plus de chances de conserver le fœtus, il faut intervenir ou bien dans les premiers mois ou bien tout à fait à la fin, époque où l'accouchement prématuré donne au fœtus les plus grandes chances de viabilité.

En ce qui concerne la mère, il semble que la menace d'accidents obligeant à l'intervention, se produise de préférence au début de la gestation vers le troisième et quatrième mois et à la fin de celle-ci au huitième et neuvième mois.

Comme on voit, ces deux moments correspondent à ceux où l'ovariectomie fournit le meilleur pronostic foetal.

Au début de la gestation, l'ovariectomie se présente dans des conditions pour ainsi dire idéales. Les chances de survie du fœtus sont au maximum, la mère se trouve délivrée de la tumeur qui la gêne et souvent la menace.

De plus, l'intervention est facile, le volume de l'utérus ne gênant pas encore l'opérateur.

Le troisième mois de la gestation semble le plus propice à l'intervention.

L'excitabilité de l'utérus est plus faible que dans les deux premiers mois, ce qui diminue la fréquence des avortements. D'autre part comme nous l'avons déjà montré on laisse au corps jaune la possibilité de stabiliser la grossesse.

Bien entendu, on n'attendra pas ce moment si on se trouve en présence d'une complication.

Enfin, en cas de kyste ovarique bilatéral, les observations montrent que le pronostic maternel et fœtal restent soumis aux mêmes influences par rapport à l'époque de la gestation que lorsqu'il s'agit d'un kyste unilatéral.

Pendant la seconde moitié de la grossesse, l'ovariotomie reste encore le procédé de choix, mais on attendra pour la pratiquer, l'apparition d'une complication sérieuse et on interviendra le plus tardivement possible, pour que l'enfant soit plus près du terme.

La règle de conduite diffère alors suivant que le kyste est abdominal ou pelvien.

a) *S'il s'agit d'un kyste abdominal*, il faut attendre la fin du huitième mois pour ne pas compromettre la viabilité du fœtus, d'autant plus que les accidents qui peuvent menacer la mère ne sont pas très graves avant cette date.

On adopte donc l'expectative, mais la malade doit être surveillée très attentivement et il faut se tenir prêt à intervenir en cas de nécessité.

En effet, des symptômes tels que l'émaciation de la malade, la gêne extrême et permanente de la res-

piration, la rapidité et la petitesse du pouls, la diminution des urines, commandent l'intervention.

Elle est également impérative, en présence d'un accident aigu du côté du kyste.

b) *En cas de kyste pelvien.* — L'attente est beaucoup plus commode ; la plupart des accidents précités ne surviennent jamais et on arrive en général sans grande difficulté au terme de la gestation.

Traitement pendant le travail.

A l'inverse de ce qui passait pendant la grossesse, au moment du travail le problème est inversé : la gravité du kyste abdominal passe au second plan et c'est le kyste pelvien qui, en obstruant une grande partie de l'excavation, pourra entraîner des complications graves pendant l'accouchement.

a) *Si le kyste est abdominal* l'accoucheur devra attendre la marche des événements. Mais pour ne pas obliger la mère à des efforts violents et pour ne pas soumettre le kyste à des traumatismes qui pourraient entraîner l'infection de la tumeur, il fera une extraction artificielle du fœtus. Le cas d'ailleurs n'est pas exceptionnel, où l'accouchement s'accomplit d'une façon parfaite et spontanée en dehors de toute intervention.

C'est ici que bon nombre de chirurgiens propo-

sent la césarienne. Nous reviendrons là-dessus quand nous nous occuperons des moyens opératoires.

Bien entendu dans tous ces cas, une fois l'accouchement terminé, on devra pratiquer l'ovariotomie.

b) *Le kyste pelvien* peut être au moment de l'accouchement, comme nous l'avons déjà vu, la cause la plus redoutable des complications : la rupture utérine.

Sous sa menace il faut agir sans retard.

Les procédés employés sont nombreux et de valeur inégale.

Le procédé de choix reste toujours l'ovariotomie abdominale, mais le plus souvent on se trouve en présence d'un cas d'urgence qui nous obligera à recourir à des moyens moins perfectionnés, comme le refoulement, la ponction, l'incision du kyste par le vagin ou l'ovariotomie vaginale. Nous étudierons plus tard ces différents procédés.

En ce qui concerne les indications de ces différents procédés, nous pouvons dire d'une façon générale que l'ovariotomie abdominale est surtout possible dans le cas d'un kyste pelvien siégeant à la partie supérieure de l'excavation et quand le travail n'est pas très avancé.

L'ovariotomie sera d'ailleurs précédée obligatoirement dans certains de ces cas, d'une opération césarienne.

Mais si le kyste pelvien est bas situé, siégeant presque à l'entrée du canal pelvien, si le travail est

déjà très avancé et la dilatation complète, la voie abdominale nous est presque toujours interdite ; force nous est de recourir à une intervention par voie vaginale, depuis la simple version suivie de forceps, jusqu'à l'ovariotomie vaginale.

Traitement pendant les suites de couches.

L'ovariotomie doit être pratiquée dans les jours qui suivront la délivrance.

En présence d'une malade porteuse d'un kyste de l'ovaire et qui a accouché spontanément, le praticien doit user de toute son autorité pour la décider à l'intervention ; car il ne faut pas oublier la fréquence des accidents tels que : la torsion du pédicule, la suppuration ou la rupture du kyste qui semble même favorisée par l'évacuation de la cavité utérine.

Les procédés opératoires.

Avant de nous occuper de l'ovariotomie abdominale qui constitue, comme nous l'avons dit, le procédé opératoire idéal des kystes concomitants de la grossesse, nous passerons en revue les autres procédés que le praticien a à sa disposition, et auxquels il est souvent obligé de recourir, quand il se trouve dans l'impossibilité de pratiquer l'ovariotomie.

Presque tous ces procédés n'entrent en ligne de compte qu'à la fin de la gestation ou même après le

début du travail, quand la main de l'accoucheur est forcée par les événements. Il va de soi que dans les premiers mois de la grossesse, quand on dispose presque toujours de temps et de moyens suffisants, l'ovariotomie abdominale est le seul traitement rationnel.

Ponction.

Parmi les procédés de fortune, la ponction du kyste est certainement celui qui vient le plus souvent au secours du praticien.

Recommandée par de nombreux chirurgiens et accoucheurs avant l'ère chirurgicale (Stolz, Treille, Spencer Wells), ce procédé compte beaucoup moins de partisans à l'heure actuelle pour plusieurs raisons: d'abord les résultats obtenus ne subsistent pas longtemps et les ponctions répétées peuvent être suivies d'accidents graves.

L'épanchement du liquide dans le péritoine, la lésion des organes voisins, la suppuration du kyste, la production d'adhérences entre le kyste et les parois du bassin, rendent l'intervention ultérieure plus délicate.

Enfin, l'affaiblissement de la malade par la perte d'une grande quantité de liquide albumineux sont autant de complications possibles de la ponction.

La tendance actuelle est en effet d'abandonner cette méthode, mais si vers le septième mois de la grossesse on se trouve en présence de quelques accidents de compression dus à un kyste abdominal, on peut

tout de même tenter la *ponction abdominale*, en prenant des précautions d'asepsie rigoureuses et en s'assurant du siège exact du kyste.

Le procédé n'aura pas un but curatif, mais il permettra surtout de gagner du temps.

S'il s'agit d'un kyste pelvien, la ponction à travers le Douglas peut rendre des services appréciables.

Mais dans la grande majorité des cas, les grossesses associées à des kystes pelviens vont à terme sans le secours d'aucune intervention et celle-ci ne deviendra indispensable que pendant le travail.

En ce moment, la ponction vaginale présente certainement les moindres chances d'accidents graves, parmi tous les procédés de fortune, à condition d'avoir pris soin d'évacuer auparavant le rectum et la vessie.

Dans certains cas, où la ponction n'a produit qu'une réduction incomplète du volume du kyste, on a pu profiter du léger dégagement de l'aire pelvienne qui en avait résulté, pour terminer l'accouchement à l'aide de forceps ou de la version.

La ponction semble donc être un procédé simple et pratique, qui peut servir de premier temps à des interventions plus importantes.

Refoulement.

Tenté fréquemment par les anciens accoucheurs, le refoulement constitue en réalité une manœuvre difficile et dangereuse qui échoue très souvent d'ailleurs.

Mackeron accuse 8 % de mortalité par suppuration ou rupture de la tumeur refoulée.

Même lorsqu'on le pratique avec douceur, il produit de l'attrition du vagin et des parois du kyste ou des hématomes.

Le refoulement peut être un moyen héroïque, mais praticable seulement dans certaines conditions spéciales de taille, de situation et de mobilité de la tumeur.

Pour ce faire, on met la malade soit en position génu-pectorale soit en position gynécologique, avec une légère inclinaison Trendelenbourg. L'anesthésie générale facilite grandement les manœuvres.

Pour empêcher la tumeur de redescendre, on pourra, si la dilatation est suffisante, rompre les membranes et suivant que l'on trouve une présentation de siège ou en sommet, abaisser le pied ou bien faire la version par manœuvres internes.

Très souvent les résultats de cette méthode sont négatifs, car les difficultés et les dangers font que l'accoucheur n'insiste que rarement dans sa tentative.

Dans tous les cas, le refoulement devra être fait avec la plus extrême prudence et rejeté toutes les fois que l'accoucheur ou le chirurgien se trouvera en mesure d'employer d'autres moyens curateurs.

Incision vaginale.

Indiquée dans les cas où la ponction évacue le kyste de façon insuffisante, l'incision vaginale semble d'autre part permettre l'emploi du forceps ou de la version avec des résultats meilleurs, car elle produit un affaissement plus complet et plus rapide de la tumeur.

Comme avec les procédés précédemment décrits, les accidents sont fréquents : inoculation du péritoine par le contenu du kyste, suppuration de la cavité kystique, production d'hémorragies difficile à arrêter.

Ces inconvénients seront évités dans une certaine mesure, si l'on a soin d'inciser tout d'abord la paroi vaginale postérieure, puis lorsqu'on arrive au kyste, de commencer par y faire une simple boutonnière dont on fixera immédiatement les lèvres à celles de la plaie vaginale à l'aide de deux pinces.

Une fois le kyste évacué il devra être marsupialisé.

Ovariectomie vaginale.

Après échec de la ponction et de l'incision, l'ovariectomie vaginale constitue dans certains cas la seule possibilité opératoire qui nous soit offerte. Mais on ne devra y recourir qu'en dernier recours sous la contrainte des circonstances. C'est une intervention dif-

ficile et hasardeuse, car l'opérateur ne peut contrôler ses actes.

Si le kyste est adhérent aux organes du petit bassin ou à l'intestin, les manœuvres de dégagement faites à l'aveugle deviennent extrêmement pénibles et peuvent produire des lésions de l'intestin, la déchirure de la poche kystique, la rupture du pédicule, autant d'accidents contre lesquels l'opérateur se trouve la plupart du temps dans l'impossibilité de réagir.

Ovariectomie abdominale.

Les Anglais ont été les premiers partisans de la laparotomie au cours de la grossesse et les nombreuses discussions de la Société Obstétricale de Londres en font foi.

Dans sa thèse d'agrégation de 1886, Rémy opte également pour l'ovariectomie abdominale.

Depuis, les statistiques se sont multipliées et elles parlent toutes en faveur de cette voie.

Il paraît démontré d'ailleurs que l'intervention n'est pas plus dangereuse pendant la grossesse qu'en dehors d'elle.

Mais comme il s'agit d'une femme gravide, la technique subit certaines modifications du fait de l'augmentation de volume de l'utérus et de la présence du fœtus dans cet organe.

L'opérateur devra donc prendre un certain nombre de précautions, pour éviter toute manœuvre tant soit

peu brutale, toute lésion de l'utérus, toute complication au cours de l'intervention.

Avant l'opération on doit injecter à la malade un centigrammè de morphine, pour diminuer les chances d'expulsion prématurée du fœtus à la suite de l'ovariotomie.

Dans le même but, on continuera pendant plusieurs jours les piqûres de morphine.

On emploie *l'anesthésie générale* par inhalation. L'anesthésique sera celui auquel est habitué le chirurgien.

L'incision médiane pubo-ombilicale donne un jour large sur le contenu de la cavité abdominale et se prête à toute intervention complémentaire, qui serait éventuellement opportune (césarienne-hystérectomie).

L'ovariotomie pour kyste abdominal est celle qu'on a surtout l'occasion de pratiquer pendant la gestation.

La malade sera mise en décubitus horizontal ; si le kyste est gros, on prendra le soin de garnir le pourtour de la plaie avant de ponctionner. On sectionne le pédicule le plus loin possible de l'utérus.

On évitera de toucher à l'utérus ; la fermeture de la paroi en 3 plans sera faite avec le plus grand soin.

Au cours du travail, c'est surtout l'ovariotomie pour kyste pelvien qu'on a l'occasion de pratiquer.

Les chances de réussite seront d'autant plus grandes que la dilatation du col sera plus petite, que la

poche des eaux sera intacte et que l'extrémité fœtale sera plus mobile. Ces indications sont dictées par la nécessité de faire précéder l'ablation du kyste de l'*opération césarienne*.

L'évacuation chirurgicale de l'utérus est le temps préliminaire de l'ovariotomie.

Si la malade est fatiguée par une longue période de travail, si la présentation est fixée, la césarienne est beaucoup moins indiquée. Mieux vaut alors préférer à l'ovariotomie abdominale une intervention par voie vaginale. Mais dans la majorité des cas, avant de dégager le kyste, on procédera à l'opération césarienne suivant la technique habituelle.

Une fois l'utérus vidé et suturé, on le bascule en avant après avoir mis en place la valve pubienne, et l'on procède avec soin au refoulement des anses intestinales protégées à l'aide des champs abdominaux.

Si au cours de la césarienne aucun liquide septique n'a été répandu dans l'abdomen, on peut mettre la malade en position de Trendelenbourg.

Le dégagement du kyste, la ligature du pédicule et la reconstitution de la paroi se font comme au cours de la gestation.

Le drainage ne sera institué que si l'on a des raisons de craindre l'infection ou l'hémorragie post-opératoire.

Dans les autres cas on peut se contenter d'un nettoyage à l'éther.

Mais si le liquide kystique se répand dans le péri-

toine et s'il est d'apparence louche, la mise en place d'un drain abdominal est indiquée.

Notons que dans les interventions au cours de la grossesse, certains opérateurs préfèrent ne pas se servir de l'éther pour ne pas irriter l'utérus gravide.

Pour la même raison, ils préfèrent remplacer le drain par une mèche dont la présence est mieux supportée.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un kyste suppuré dont le liquide purulent aura souillé le péritoine, on devra remplacer le drainage abdominal, devenu désormais insuffisant, par le *drainage vaginal*.

Mais dans ces conditions la simple ovariectomie n'est pas toujours suffisante; les accoucheurs sont nombreux qui pratiquent alors l'hystérectomie totale.

Il ne faut d'ailleurs pas méconnaître les sérieux inconvénients que présente l'hystérectomie totale dans ces conditions, car on se trouve en présence d'un organe hypertrophié dont la vascularisation est extrêmement développée.

Ces modifications augmentent notablement les dangers de l'hystérectomie totale.

Mais il s'agit là d'une éventualité extrême. Actuellement grâce à la surveillance des femmes enceintes dans les consultations spécialisées, le diagnostic est généralement précoce et l'intervention s'effectue dans de bonnes conditions, avant l'apparition des complications septiques.

Observations.

Obs. IX (N° 680, année 1927). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte d'un mois.*

Kaytak E..., 29 ans, I-pare.

Antécédents sans intérêt. D. R. : du 15 au 20 juin.

Aux environs du 15 juillet, la femme consulte pour des douleurs constantes dans le bas-ventre du côté gauche. On fait le diagnostic de gestation au début et de kyste de l'ovaire gauche.

Intervention le 22 juillet 1927 : laparotomie, ablation d'un kyste de l'ovaire gauche de la grosseur d'un citron, ablation des annexes gauches. La gestation évolue normalement.

Le 23 mars : accouchement par le siège d'un enfant vivant pesant 2.520 gr.

Suites de couches normales.

Obs. X (N° 2082, année 1926). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte d'un mois et ayant présenté des troubles cardiaques au 8^e mois de la gestation.*

Marie C..., 31 ans, IV-pare.

Les trois premières gestations se sont effectuées normalement et sans incidents.

D. R. : 15 novembre. La femme a été opérée au cours du 1^{er} mois de sa gestation d'un kyste para-ovarien ;

depuis le 4^e mois : apparition d'une dyspnée d'effort, de cyanose des lèvres et des extrémités ; à partir du 8^e mois crachats hémoptoïques au réveil. Traitement digitalique.

OBS. XI (N^o 569, année 1926). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 2 mois.*

Yvonne C..., 20 ans, I-pare.

Au cours du 2^e mois de sa gestation la femme commence à souffrir dans le bas-ventre. On fait le diagnostic de gestation et de kyste de l'ovaire droit.

Intervention : ovariectomie suivie d'appendicectomie, bonnes suites opératoires.

Accouchement normal à terme.

OBS. XII (N^o 421, année 1931). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 2 mois.*

Cheramy Y..., 22 ans, II-pare.

La première gestation s'est terminée par un avortement de 5 à 6 semaines environ (1930).

En août 1931, au 2^e mois de la gestation actuelle la femme est opérée pour un kyste de l'ovaire droit. La grossesse évolue normalement après l'opération. Accouchement normal à terme d'un enfant pesant 3.300 gr. Expulsion spontanée du placenta, révision utérine ramenant des débris placentaires.

OBS. XIII (N^o 1944, année 1928). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 2 mois.*

Yvonne Ch..., 25 ans, IV-pare.

Les accouchements antérieurs se sont passés normalement, délivrances et suites de couches normales avec enfants vivants à terme.

Au cours de cette quatrième gestation, la femme a été opérée en juin 1928 d'un kyste de l'ovaire droit. La gestation a évolué normalement.

Accouchement à terme d'un enfant vivant.

OBS. XIV (N° 234, année 1926). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 2 mois 1/2.*

Marie-Louise C..., 22 ans, I-pare.

Les symptômes présentés avant l'opération étaient : douleurs abdominales violentes, continues; vomissements abondants, sans discontinuer.

Ces accidents semblent contemporains de la gestation, la femme n'ayant rien ressenti avant. Après l'intervention, ces symptômes ont disparu. La gestation semble n'avoir été troublée en rien.

Accouchement spontané à terme.

OBS. XV (N° 2107, année 1928). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 2 mois.*

Claire T..., 26 ans, V-pare.

Cette femme a présenté dès le 2^e mois de sa gestation, un épisode de pertes hémorragiques ayant duré 2 jours, pertes ne s'accompagnant pas de température et ne s'étant pas reproduites.

On fait le diagnostic de grossesse ectopique et l'intervention a lieu le 18 janvier 1928 : laparotomie, utérus gros de 2 mois 1/2 environ, légèrement rétrofléchi.

Kyste de l'ovaire gauche, gros comme une très grosse noix verte, annexes droites augmentées, accolées à la face postérieure de l'utérus et du Douglas.

Ablation de l'ovaire gauche, trompe laissée en place, libération des annexes droites. Ligamentopexie (Doléris).

Secondairement, la grossesse semble avoir évolué avec un certain degré de ralentissement.

Le 11 octobre, accouchement spontané d'un enfant vivant, à terme.

OBS. XVI (N° 993, année 1929). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 2 mois 1/2.*

Louise P..., 31 ans, III-pare.

Accouchements antérieurs normaux.

Depuis un an la femme était mal réglée, avec des avances et des retards.

Ses règles ne duraient que 2 ou 3 jours.

Depuis le mois de mai, la femme accuse des douleurs dans le bas-ventre, qui s'accroissent à partir de la dernière époque menstruelle en août 1929.

Ovariectomie en octobre pour kyste de l'ovaire et gestation.

Suites opératoires normales, accouchement à terme.

OBS. XVII (N° 1692, année 1930). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 3 mois.*

Hélène R..., 37 ans, I-pare.

Intervention le 9 février 1929 pour un volumineux kyste de l'ovaire droit.

La grossesse évolue normalement, forceps en O. P. pour non-progression de la tête.

OBS. XVIII (N° 2878, année 1932). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 3 mois.*

Yvonne F..., 32 ans, III-pare.

Les accouchements antérieurs se sont passés normalement. A cette dernière gestation, on fait le diagnostic de

kyste de l'ovaire droit, coexistant avec une grossesse de 3 mois environ.

Intervention : laparotomie, extériorisation facile d'un kyste droit, descendu à la partie droite du Douglas, du volume d'une grosse orange.

Ablation de la masse kystique en respectant la trompe et un peu de tissu ovarien resté sain. Au cours de l'intervention le kyste s'est ouvert ; kyste dermoïde.

Bonnes suites opératoires.

La grossesse a évolué normalement.

OBS. XIX (N° 1322, année 1927). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 4 mois.*

Louise F..., 20 ans, I-pare.

D. R. : du 16 au 20 août 1927.

Antécédents sans intérêt. La malade est prise subitement d'une syncope avec perte de connaissance pendant 5 minutes environ. Elle n'a jamais souffert auparavant.

A l'examen on sent une masse du volume de deux poings, régulière, rénitente, occupant tout le Douglas ; l'utérus gravide de 4 mois est abdominal, dévié à gauche.

Intervention : laparotomie, kyste de l'ovaire pelvien, caché complètement par l'utérus ; on attire facilement le kyste qui est développé dans le méso-salpinx.

Ablation des annexes droites, appendicectomie ; suites opératoires normales, la gestation suivie, continue normalement.

OBS. XX (N° 2019, année 1928). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 7 mois.*

Blanche B..., 32 ans, I-pare.

La malade a été opérée d'un kyste de l'ovaire droit, 2 mois avant son accouchement.

Accouchement, délivrance et suites de couches normales, avec enfant vivant à terme.

OBS. XXI (N° 503, année 1931). — *Ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire chez une femme à terme.*

Antoinette G..., 36 ans, III-pare.

D. R. 5 juillet 1931, accouchements antérieurs normaux.

Au 1^{er} mois de cette gestation, la femme présente une hémorragie abondante, spontanée, indolore, survenue sans aucune cause apparente. Examinée, on pense à une gestation ectopique ou gestation et fibrome.

La femme éprouve des malaises, essoufflement facile, fatigue générale, endolorissement vague de la fosse iliaque droite.

A son entrée à la clinique, la disproportion est notable entre le volume de l'utérus et l'âge de la gestation. Abdomen étalé transversalement, le volume est largement celui d'une femme à terme. Au palper on sent deux masses : une masse inférieure ayant tous les caractères d'un utérus gravide et une masse supérieure de consistance liquide et séparée par un sillon du globe utérin.

Intervention : laparotomie médiane, allant de 7 cm. environ au-dessus de l'ombilic, à 8 cm. au-dessous.

Un kyste blanc bleuté, lisse, apparaît dans la moitié supérieure de la plaie opératoire ; le fond utérin dans la moitié inférieure. On garnit de champs la plaie opératoire, de façon à encadrer la partie du kyste qui se présente. Ponction dans la poche au gros trocart, d'où s'écoule 6 litres de liquide parfaitement clair et limpide ; l'orifice de ponction est obstrué par une grosse pince ; la poche vidée

est attirée hors de l'abdomen ; elle est lisse, sans adhérences.

C'est un kyste du parovaire droit, l'ovaire normal de forme, de volume et d'aspect est en dehors de lui et n'affecte aucun rapport immédiat avec la poche.

On sectionne le pédicule du kyste dans le méso-salpinx et on fait une hémostase soigneuse à ce niveau. L'utérus n'a pas été extériorisé.

Bonnes suites opératoires.

Début de travail le lendemain de l'intervention.

OBS. XXII (N° 814, année 1929). — *Césarienne faite à terme pour kyste praevia de l'ovaire.*

Jeanne C..., 25 ans, II-pare.

Antécédents sans importance, premier accouchement normal.

Au 7^e mois de cette gestation, la femme consulte à la clinique où on lui trouve à côté de l'utérus gravide, une masse latérale gauche indépendante de l'utérus. La femme se plaint d'une pesanteur pelvienne, tant à droite qu'à gauche. Deux semaines après ce premier examen, la masse est très tendue, légèrement douloureuse, située dans le Douglas ; la masse est plus grosse qu'à l'examen précédent.

Intervention : césarienne, extraction au forceps d'une fille. Césarienne suivie d'extirpation d'un kyste de l'ovaire gauche, du volume d'un citron aplati. Annexes droites normales. Le kyste présente aux dépens de l'ovaire gauche une paroi lisse, régulière ; sur cette paroi on trouve un placard cartilagineux de 1 cm. 1/2.

OBS. XXIII (N° 424, année 1929). — *Opération césarienne pour kyste praevia.*

Bluette M..., 22 ans, I-pare.

Sept ou huit mois avant la gestation, apparition de règles douloureuses avec retard de dix à quinze jours.

Deux périodes de métrorragies apparaissent dans le mois qui suit.

En 1927, apparition de douleurs pelviennes siégeant dans la partie basse de la fosse iliaque gauche, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Douleurs sourdes avec sensation de pesanteur apparaissant et s'exagérant à l'occasion d'une fatigue.

Examen : H. U. 32 cm., les bruits du cœur perçus, dos à droite, tête en bas qui plonge dans l'excavation, col long très ramolli, un peu refoulé en avant. On sent dans le cul-de-sac postérieur et gauche une tumeur arrondie, irrégulière, peu tendue, et séparée de l'utérus par un sillon.

Le 24 février 1929, intervention : césarienne basse, (extraction au forceps de l'enfant) suivie d'ablation d'un kyste mocoïde de l'ovaire gauche, du volume d'une grosse mandarine.

A l'ouverture du kyste, on trouve un liquide jaune clair sans corps étrangers.

La paroi kystique est très mince, sans végétations internes ou externes.

Suites opératoires légèrement fébriles.

OBS. XXIV (N° 1230, année 1926). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire au cours du 9^e mois.*

Henriette P..., 28 ans, II-pare.

Laparotomie sous-ombilicale, kyste paraovarien gauche, adhérent à l'ovaire.

Après isolement de la trompe et de l'ovaire par dissection, excision du kyste non rompu.

Bonnes suites opératoires.

OBS. XXV (N° 966, année 1924). — *Césarienne suivie de l'ablation d'un kyste de l'ovaire présentant deux poches.*

Rosa L..., 25 ans, III-pare.

Suivie pendant sa gestation à la consultation, on lui trouve une présentation élevée et la persistance d'une masse qui occupe le cul-de-sac postérieur. Masse de consistance molle, qui donne parfois l'impression d'une ampoule rectale dilatée. Au toucher rectal, la masse semble faire saillie, sans pouvoir délimiter la limite supérieure. La tête tend à plonger, dilatation à un franc, dos à gauche.

Intervention : césarienne, ablation d'un kyste. Laparotomie médiane, césarienne, enfant vivant ; ablation d'un kyste mucoïde très tendu avec deux poches : l'une supérieure, abdominale, l'autre inférieure dans le Douglas, où elle est maintenue par des adhérences très laches.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Les deux masses kystiques extrêmement molles sont réunies par un isthme.

La femme sort sur sa demande et fait une phlébite chez elle.

OBS. XXVI (N° 1085, année 1924). — *Kyste de l'ovaire avec gestation gémellaire.*

Marthe B..., 32 ans, I-pare.

Consulte pour des vomissements incoercibles au début de la gestation. On lui trouve un utérus basculé à gauche et dépassant le pubis de trois travers de doigt. La masse occupe le cul-de-sac de Douglas.

Le 14 mai 1924 : H. U. 36 cm., la masse arrondie est douloureuse et aplatie transversalement.

Intervention le 13 août : ouverture de la paroi abdominale, extériorisation de l'utérus. Extraction de deux jumeaux, et on recherche la tumeur pelvienne ; il s'agit d'un kyste de l'ovaire droit, tombé dans le Douglas et fixé par quelques adhérences.

On mobilise la tumeur, ablation du kyste du volume d'un poing, ligature du pédicule, fermeture de la paroi en 3 plans.

Bonnes suites opératoires. Décès des jumeaux.

OBS. XXVII (N° 152, année 1929). — *Ablation d'un kyste de l'ovaire à terme et précédée de césarienne.*

Marie L..., 27 ans, II-pare.

La première gestation s'est terminée par un avortement au 3^e mois.

Le 13 décembre 1929, on trouve une tête en bas mobile, le col complètement collé contre la symphyse pubienne et très élevé.

Tout le cul-de-sac de Douglas est occupé par un kyste de l'ovaire paraissant être du volume d'une orange, de consistance élastique ; le kyste est nettement praevia et rend l'accouchement spontané impossible.

On décide de laisser la gestation évoluer jusqu'à terme et de pratiquer dès le début du travail une opération césarienne suivie d'ovariotomie.

Le 21 janvier 1930, apparaissent les premières douleurs ; césarienne basse suivie d'extériorisation du kyste praevia profondément situé dans le Douglas.

Ovariectomie, kyste irrégulièrement ovoïde du volume d'un œuf d'autruche, avec une partie de consistance kys-

tique et une zone indurée avec placards indurés de la paroi, correspondant au parenchyme ovarien. La cavité centrale est occupée par une masse sébacée avec poils.

Bonnes suites opératoires.

OBS. XXVIII (N° 952, année 1926). — *Kyste de l'ovaire volumineux et enclavé dans le bassin, la gestation étant aux environs du terme.*

Magnier de B..., 28 ans, I-pare.

Aux environs du terme, la malade accuse de la dyspnée et de la gêne dans les mouvements de flexion des membres inférieurs. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse arrondie, dure, rénitente, donnant l'impression de liquide sous tension. Le toucher vaginal est douloureux. Impossible à déterminer les contours de la tumeur ; on a l'impression qu'elle plonge et qu'elle occupe toute la partie postérieure du bassin. La présentation n'est pas engagée, on décide d'intervenir :

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus et ouverture sur sa face antérieure.

Extraction de l'enfant, suture de la paroi. Le kyste pédiculé est extériorisé facilement et enlevé. Le kyste est volumineux, gros comme une tête d'enfant ; il est bilobé, de contenance ferme et ses parois sont épaisses.

Bonnes suites opératoires.

OBS. XXIX (N° 402, année 1926). — *Kyste de l'ovaire chez une femme tuberculeuse aux environ du terme.*

Madeleine G..., 27 ans, V-pare.

D. R. 1^{er} juin 1926.

Rien de spécial jusqu'à la gestation actuelle. Dès le début

de la grossesse, la femme est très fatiguée, elle tousse, elle a des transpirations nocturnes, des points de côté.

Au mois de novembre, la malade part dans un sanatorium, où elle se plaint de douleurs localisées en bas et à droite de l'abdomen.

Le 26 janvier la femme est admise à la Clinique Baudelocque, pour avoir perdu les eaux.

L'état général est bon, gestation de 7 mois environ. On est immédiatement frappé par ce fait que la hauteur utérine ne semble pas en rapport avec l'âge de la gestation (32 cm.). Le col très élevé, est appliqué derrière la symphyse pubienne et dévié à gauche.

La partie postérieure du vagin est remplie par une masse volumineuse, fluctuante et molle, s'étendant vers les culs-de-sac latéraux.

La limite supérieure de cette tumeur est impossible à déterminer ; il semble qu'il s'agit d'un kyste.

L'intervention confirme les renseignements précédents.

OBS. XXX (N° 1076, année 1929). — *Ablation partielle d'un kyste de l'ovaire, chez une femme qui allaite.*

Germaine G..., 31 ans, IV-pare.

Accouchement et délivrance normaux.

Cinq mois après ce dernier accouchement, pendant qu'elle allaitait encore, la femme est prise de douleurs abdominales violentes ayant leur maximum à droite, à tel point qu'on fait le diagnostic d'appendicite aiguë et, transportée à l'hôpital, on lui fait une laparotomie exploratrice qui montre un appendice intact, mais des ovaires kystiques.

Kystes multiples recouvrant toute la surface de l'ovaire gauche qui est enlevé en totalité.

Kyste gros comme une prune sur l'ovaire gauche que l'on résèque partiellement.

Après l'intervention les règles sont revenues régulièrement tous les mois.

Conclusions.

I. — Le kyste de l'ovaire est rarement associé à la grossesse, ce qui s'explique en partie par le fait que les tumeurs kystiques sont un important facteur dans l'étiologie de la stérilité.

II. — Pendant la gestation, le kyste de l'ovaire est cause de nombreuses complications, dont la plus importante est l'interruption de la grossesse.

Réciproquement, l'état de gestation retentit sur l'évolution du kyste et peut entraîner des accidents, dont le plus fréquent est la torsion du pédicule kystique.

III. — Au moment du travail, la concomitance du kyste de l'ovaire est une cause presque constante de dystocie et peut engendrer des complications extrêmement dangereuses, telles que la rupture utérine.

Mais la généralisation des interventions chirurgicales a rendu cette éventualité relativement rare, l'accoucheur se trouvant au moment du travail dans l'expectative armée.

IV. — Grâce aux mêmes méthodes chirurgicales, le

pronostic de la coexistence du kyste de l'ovaire avec la grossesse s'est amélioré d'une façon considérable.

Dans les observations que nous avons recueillies à la Clinique Baudelocque et qui portent sur les dix dernières années, la mortalité maternelle est nulle et la mortalité fœtale est de 3 %.

V. — Le traitement des grossesses compliquées de kyste de l'ovaire est dominé par l'ovariotomie abdominale.

Au début de la grossesse, l'ovariotomie doit être pratiquée de façon systématique, de préférence au troisième mois.

Dans la seconde moitié de la grossesse, l'expectative sera la règle, afin d'éviter l'expulsion d'un fœtus non viable.

Mais, si des complications sérieuses mettent la vie de la mère en danger, il faudra intervenir à n'importe quel moment.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE.

- ACOSTA-SISEN (H.). — Coexisting cyst and pregnancy study of 24 cases (*J. Philippine Islands M. A.*, 9, 284-288, Aug. 1929).
- LEE (A.). — *Am. Journ. of Med.*, 1855.
- AUDEBERT. — *Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Péd.*, oct. 1904.
- AZA (V.). — Torsion du kyste de l'ovaire durant la grossesse (*La Clinique Castellana*, août 1926).
- BAR. — *Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 1^{er} mars 1912.
- BAR et BRINDEAU. — *Pratique de l'art des accouchements*.
- BERNARD. — Les kystes de l'ovaire dans leurs rapports avec la gestation, l'accouchement et les suites de couches (*Thèse de Paris*, 1920).
- BLACKLER (H. F.). — Obstructed labour due to ovarian cyst (*Brit. M. J.*, 1, 1118, June 22, 1929).
- BRADDOCK (E. C.). — Incarcerated gangrenous ovarian cyst complicating pregnancy and labor (*North-west Med.*, 31, 223-224, May 1932).
- BRINDEAU et JUGE. — Des interventions chirurgicales (*Gyn. et Obstétrique*, Paris, 1925).
- BROUHA. — A propos du traitement des kystes ovariens au cours des derniers mois de la grossesse (*Bruxelles médical*, avril 1928, p. 809).
- BUBEN. — Die genitalen Tumoren in der Schwangerschaft une deren Behandlung (*Zentralbl. f. Gynaekol.* Leipzig, 1926, 1, 816-824).

- CAVERLY (C. E.). — Ovarian éyst complicating pregnancy
(*Am. J. d'Obst. et Gynec.*, 30, 129-139, April 1931).
- CAYLA. — Contrib. à l'ét. de l'ovariotomie pendant la grossesse (*Th. Paris*, 1882).
- CHARBONNEL et COSTEDOAT. — Gros kyste dermoïde des deux ovaires, l'un inclus, l'autre pelvien, avec grossesse au 4^e mois et fibromes utérins (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*. Bordeaux, février 1925).
- CHARBONNEL et FAVREAU. — Torsion de la trompe gravide à droite, avec gros kyste de l'ovaire non tordu chez une femme opérée il y a 8 ans de grossesse extra-utérine (*Bull. Société d'Obstétrique et de Gynecol.*, 18, 209, March 1929).
- CHARLES (R.). — Contribution à l'étude de l'ovariotomie vaginale dans les cas de kystes de l'ovaire pelvien au cours de la grossesse et du travail.
- COLISTRO (C. P.). — Quiste torciae del ovario y gestacion (*Am. de Fac. de Med. Montévidéo*, 15, 860-865, sept.-oct. 1930).
- COLL DE CARRERA. — Rupture d'un kyste de l'ovaire, méconnu au 7^e mois de la grossesse (*Le Langue-doc médical*, 10 septembre 1930).
- COMMANDEUR et PATEL. — Coïncidence de fibromes multiples de l'utérus gravide avec un kyste de l'ovaire (*Réunion Obstétr. de Lyon*, février 1925).
- CORBET (R. M.). — Case of removal of corpus luteum of pregnancy with persistence of pregnancy (*Irish. J. M. Sc.*, pp. 520-521, Aug. 1932).
- COTTE (G.). — Kyste du corps jaune et grossesse (*Lyon chirurgical*, 27, 640-641, sept.-oct. 1930).
- DAVIS. — Ovarian cysts complicating pregnancy (*Progrès médical*, Phila., 1923).

- DELMAS (Paul). — Kyste de l'ovaire tordu pendant la grossesse (*Réunion Obstétricale et Gynécologique de Montpellier*, 1926).
- DEVRAIGNE. — Gros kyste de l'ovaire à évolution rapide enlevé au 5^e mois de la gestation, accouchement à terme (*Bull. et Mémoires Société de Chirurgie de Paris*, 1938).
- DIEULAFÉ. — La grossesse après ovariectomie unilatérale pour kyste (*Société Obstétrique et Gynécologie*, 1923).
- DUGES (H.). — Contribution à l'étude du kyste de l'ovaire compliquant la grossesse (*Thèse de Toulouse*, 1920).
- EISS (S.). — Pregnancy with bilateral ovarian cyst bilateral oophorectomy followed by normal childbirth (*Am. J. Surg.*, nov. 1930).
- FORGUE. — Kystes de l'ovaire et grossesse (*Paris médical*, 15 décembre 1928).
- FRUHHINSHOLZ et HAMANT. — A propos du traitement chirurgical des kystes ovariens dystociques pendant le travail (*Bull. Soc. d'Obstétr. et de Gynéc.*, 22 ; 102-103, janv. 1933).
- GAIFAMI (P.). — Torsione sul peduncolo, con emorragia endocistica grave, di una cista voluminosa dell'ovario destro, all VI mese di gravidanza (*Clinica Ostetr.* Roma, 1925, XXVII, p. 17-22).
- GILARDINO (E.). — Rotture non comuni de cisteni ovarici (*Riv. ital. di Genec.*, 14, 70-100, June 1932).
- HAMANT et VERMELIN. — Quelques observations de torsion de kyste ovarien au cours et en dehors de la puerpéralité.
- HAMER (Didier). — Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire pendant la grossesse (*Thèse de Paris*, 1930).

- INGRANAM (C. B.). — Ovarian tumors complicating pregnancy with a report of six cases (*Amer. Journ. Obst. et Gynéc.*, 1925).
- JUGE. — Des interventions chirurgicales pendant la grossesse (*Thèse de Paris*, 1925).
- KELLER. — Traitement des tumeurs kystiques de l'ovaire pendant la grossesse (*Bull. Soc. d'Obstétr. et de Gynécol. de Paris*, 1926).
- Traitement des tumeurs kystiques de l'ovaire pendant la grossesse et lors de l'accouchement (*Strasbourg médical*, 1926).
- KUBORN (Maurice). — Quelques cas inédits de kystes de l'ovaire ayant compliqué la gestation (*Thèse de Paris*, 1928).
- LAURENTIE. — Torsion d'un kyste de l'ovaire au 3^e mois de la grossesse (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1923).
- LÉVY (Suzanne). — Contribution à l'étude des kystes bilatéraux des ovaires au cours de la grossesse (*Thèse de Paris*, 1920).
- LÉVY-SOLAL, LELIÈVRE et VIGNES. — Kystes lutéiniques des deux ovaires coexistants avec une gestation normale (*Gynécol. et Obstétrique*, janvier 1922).
- LUTAUD. — Kyste de l'ovaire et grossesse (*Société des Chirurgiens de Paris*, 2 mars 1928).
- LYNCH (F. W.). — Fibroids and ovarian cyst complicating pregnancy (*California et West Med.*, 1931).
- MC CULLOUGH (F. J.). — Ovarian cyst complicating pregnancy (*M. Times New-York*, 57 ; 107, April 1929).
- MERIGNI (F.). — Sulla coesistenza di gravidanza tubarica con cisti ovari ca luteinica (*Minerva Med.*, I, 1933).
- MOISNARD (Pierre). — De l'ovariotomie bilatérale (pour

kystes ovariens) au début de la gestation (*Thèse de Paris*, 1932).

PASTIELS. — Dystocie par kyste ovarien : césarienne supra symphysaire suivie d'ovariectomie (*Bruxelles médical*, 11 déc. 1927).

— Kystes ovariens et grossesse (*Soc. Clinique de l'Hôpital d'Ixelles*, séance de septembre 1930).

PASTORINI (R.). — Embarazo extra uterine Quiste intraligamentario del ovario. Salpingitis supurada concomitantes (*Prensa Med. Argent.*, 1930).

PÉREZ (M. L.) et GUIROY (A. J.). — Quiste del ovario roto al final del embarazo (*Semana Med. Buenos-Aires*, 1925).

PICARD. — Kyste d'un ovaire prolabé compliquant le travail (*Société Obst. et Gynéc.*, janvier 1927).

PINTO (A. T. A.). — Etude clinique des kystes de l'ovaire compliquant la gestation (*Thèse de Paris*, 1918-1919).

RICEVUTO (A.). — Torsione sul peduncolo di cisti dermoide al 3° mese, circa, de gravidanza (*Rivista di Ostetr. e ginec. prat.* Palerme, 1925).

ROSENDOHN (M.). — Report of 3 cases of ovarian cyst complicating pregnancy (*Bull. ling. in Hosp. New-York*, 1932).

ROSNER. — Les tumeurs de l'ovaire pendant la grossesse et la laparotomie (*Revue méd. polonaise*, 1919).

SCHACKAERT. — Torsion d'une partie kystique de l'ovaire gauche chez une femme enceinte d'un mois (*Gynécologie et Obstétrique*, 1922).

SPENCER. — Ovarian tumours complicating labour, pregnancy and the puerperium (*Brit. Med. J.*, 1925).

SZYMANOWICZ. — Kystes de l'ovaire et gestation, résultats de 35 cas opérés pendant la gestation (*Gyn. et Obst.*, Paris, 1922).

- TALLAFERRO (F.). — Embarazo ectopico intraligamentario confete vivo de 7 meses y quiste del ovario (*Bol. Soc. de Obst. y ginec.*, 1930).
- THÉAULT (P. T. E.). — Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire compliquant la puerpéralité (*Thèse de Bordeaux*, 1921-1922).
- TOURNEUX (J. P.). — Kyste de l'ovaire et grossesse (*Concours médical*, 1921).
- VANVERTS et GUENEZ. — Faut-il pratiquer au cours de la deuxième moitié de la grossesse l'ablation d'un kyste pelvien et non refoulable de l'ovaire ? (*Bull. Soc. Obstétr. et Gynécol.* Paris, 1922).
- VAYSSIÈRE (E.). — Grossesse avec volumineux kyste ovarien, intervention après accouchement (*Bull. Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1933).
- VON VARO (B.). — Ueber die Extirpation von Ovaraltumoren bei Schwangeren (*Monatschr. f. Geburtsh.* Berlin, 1926).

